



Recherche de médecin traitant

Dans le cadre de sa mission sur l'accès au médecin traitant, la CPTS Provence Verte recense les demandes de personnes en recherche de médecin traitant sur son territoire.

Les informations recueillies dans ce formulaire permettront une recherche auprès des médecins généralistes du territoire, membres de la CPTS Provence Verte.

Nous nous efforcerons de vous apporter une réponse adaptée et rapide, mais il n'y a aucune garantie de trouver une solution pour tous les demandeurs. Il n'y aura pas de liste d'attente créée.

Date de la demande :

Commune de résidence du patient :

NOM du patient :

Prénom du patient :

Sa date de naissance :

Son adresse :

Téléphone (portable de préférence) :

E-mail (si utilisé) :

Le patient a-t-il un médecin traitant :

Oui Non Ne sait pas

Si oui, nom et commune du médecin traitant :

.....

Si oui, la patient veut-il en changer : Oui Non

Le patient a-t-il eu un médecin traitant :

Oui Non Ne sait pas

Si oui, nom, commune et date d'arrêt de suivi du dernier médecin traitant :

.....
.....

Le patient vient-il d'emménager et ne trouve pas de médecin traitant : Oui Non

Membres du foyer à la recherche d'un médecin traitant :

Nombre de personnes majeurs :

Nombre d'enfants :

Les droits à l'assurance maladie du patient sont-ils ouverts ? :

Oui Non Ne sait pas

Le patient a-t-il : Affection Longue Durée (ALD) CSS (ex CMU) Mutuelle

Le patient a-t-il une problématique médicale urgente ? Oui Non

Si oui, merci de préciser

Le patient a-t-il des pathologies particulières et/ou est-il en situation de handicap ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser :

.....



Le patient peut-il se déplacer jusqu'à un cabinet médical ?

- Oui Non
 Uniquement dans la commune
 Uniquement dans les communes limitrophes
 Peu importe la commune du territoire

Il y a-t-il nécessité de visites à domicile ? Oui Non Exceptionnellement

Le patient est-il suivi par d'autres professionnels de santé ? par des services sociaux ? par des associations ?

Si oui, merci de préciser les principaux :
.....

Qui est le demandeur ?

- Patient lui-même Aidant du patient CCAS CH Brignoles
 CH Henri Guerin CLIC CLS PV DAC Var Ouest
 Mairie MISAS Polyclinique St François
 Professionnel de santé libéral Autres

Si le demandeur n'est pas le patient, merci de préciser :

Vos prénom et nom :
Votre profession/structure :
Votre mail :
Votre téléphone portable :

Avez-vous déjà contacté des médecins qui n'ont pas répondu favorablement ?

- Oui Non

Si oui, merci de préciser leur(s) nom(s) :
.....

Précisions éventuelles sur l'état de santé du patient ou sur la demande :
.....
.....

Règlement Général sur la Protection des Données : RGPD

En signant ce formulaire, j'accepte que les données saisies soient utilisées par la CPTS Provence Verte afin que nous puissions accuser réception de votre demande.

La CPTS Provence Verte s'engage à sécuriser vos informations et à les garder strictement confidentielles. Conformément à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit de rectification et d'opposition aux informations vous concernant en nous contactant.

Ce formulaire est à retourner :

par courrier à : *CPTS Provence Verte, 580 Bd Saint Jean,
83470 Saint Maximin la Sainte Baume*

ou

par mail à : *accesauxsoins@cptsprovenceverte.com*

Signature du demandeur